IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 4)**

z dnia 8 lipca 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 4)

8 lipca 2021 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania" oraz jego wpływu na kreowanie polityki zdrowotnej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Anna Goławska** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Juszczyk** dyrektor Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Wojciech Wiśniewski** przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich.

W posiedzeniu udział wzięła pracownica Kancelarii Sejmu **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Szanowni państwo, pozwolę sobie rozpocząć posiedzenie dzisiejszej stałej podkomisji do spraw zdrowia publicznego. Na początku chcę przeprosić, ale prawdopodobnie będziemy mieli tylko godzinę na naszą debatę, ponieważ na godzinę 16.00 są zaplanowane głosowania, więc prawdopodobnie będziemy musieli zakończyć nasze spotkanie przed godziną 16.00. Dzisiejsze spotkanie będzie dotyczyło spraw związanych z raportem o sytuacji zdrowotnej ludności Polski i jej uwarunkowania.

Proszę państwa, przede wszystkim stwierdzam kworum. Jest czworo członków podkomisji, zatem mamy zapewnione kworum. Chcę przedstawić porządek dzisiejszego posiedzenia: rozpatrzenie informacji na temat raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania" oraz jego wpływu na kreowanie polityki zdrowotnej. Raport zaprezentuje przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia – pani minister Anna Goławska. Witamy serdecznie. Raport będzie przedstawiony również przez pana dyrektora Grzegorza Juszczyka z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH. Jest także z nami obecny przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia pan Dariusz Poznański – dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego. Witam również państwa ze strony społecznej.

Jeżeli nie mają państwo uwag do porządku posiedzenia, uznaję, że porządek dzienny został przyjęty. Chyba, że państwo posłowie mają uwagi? Nie słyszę, zatem możemy przystąpić do realizacji porządku dziennego. Jednocześnie informuję, że materiały były dostępne w wersji elektronicznej w folderze na iPadach i wszyscy państwo mieli możliwość zapoznania się z dzisiejszym materiałem.

Proszę państwa, raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania" jest cyklicznie wydawanym dokumentem, który podsumowuje najważniejsze zagadnienia zdrowia publicznego w Polsce. To jest już 19. wydanie tego raportu. Pierwsze ukazało się w 1977 r. i to jest kontynuacja tych raportów. Opracowanie stanowi pogłębioną analizę stanu zdrowia ludności oraz trendów związanych ze zdrowiem publicznym. Najnowsze badania wskazują na szereg niepokojących zjawisk dotyczących stanu zdrowia Polaków. Myślę, że o tych sprawach będziemy dzisiaj mówili. W związku z tym, bardzo proszę panią minister o przedstawienie informacji.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Anna Goławska:

Dziękuję. Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, raport, o którym mówimy, ma wieloletnią historię i to jest podstawowy dokument zawierający szczegółowe informacje o stanie zdrowia Polaków, które są wykorzystywane przez ministra zdrowia i różne instytucje sektorowe do kreowania polityki zdrowia, przede wszystkim zdrowia publicznego, oraz do podejmowania decyzji o kolejnych działaniach, które mają zapobiegać chorobom oraz poprawiać stan zdrowia Polaków. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny prezentuje obecnie ten raport w cyklu dwuletnim pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania". To jest najpełniejszy obraz stanu zdrowia ludności Polski. Publikacja przedstawia wiedzę ekspertów i najnowsze dostępne dane opisujące najważniejsze uwarunkowania demograficzno-społeczne i epidemiologiczne sytuacji zdrowotnej społeczeństwa naszego kraju. Raport stanowi syntezę wyników i analiz badań prowadzonych w instytucie, wynikających zarówno z jego działalności statutowej, jak i działań wspierających Narodowy Program Zdrowia. Synteza ta wynika z analizy danych pochodzących z wielorakich źródeł, dotyczących sytuacji zdrowotnej Polaków, działających w ramach statystyki publicznej, rejestrów medycznych, takich jak Krajowy Rejestr Nowotworów, danych ze sprawozdawczości w ramach centrum e-zdrowie, Narodowego Funduszu Zdrowia, danych z cyklicznych badań GUS w ramach statystyki publicznej na temat warunków życia ludności i zachowań zdrowotnych. Kolejnym ważnym źródłem informacji są rejestry w ramach statystyki publicznej funkcjonujące w ramach struktury samego instytutu, takie jak: badanie chorobowości szpitalnej czy system nadzoru epidemiologicznego w zakresie chorób zakaźnych. Ważnym źródłem danych wykorzystywanych przy analizie realizowanej przez PZH są dane własne. Przy opracowaniu raportu w 2020 r. duże znaczenie miała działalność instytutów w przypadku badań związanych z epidemią COVID-19. Warto wspomnieć, że niektóre badania były realizowane we współpracy z innymi instytutami, a także agendami rządowymi działającymi w obszarze ochrony zdrowia. Szczególnie zacieśniona współpraca była z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz z Ministerstwem Zdrowia w ramach mierzenia obciążenia chorobami społeczeństwa według specjalnie do tego celu wypracowanej metodyki *Global Burden of Disease (GBD)*.

Jak można zauważyć, tak obszerny materiał badawczy wymaga zarówno przygotowania analitycznego, jak i wsparcia ekspertów zewnętrznych z różnych obszarów problematyki zdrowia publicznego, którzy pochodzą z wielu instytucji, zarówno akademickich, jak i zajmujących się problematyką zdrowotną. W pracach analitycznych stale od lat uczestniczą przedstawiciele takich instytucji jak: Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Instytut Onkologii, Zakład Ubezpieczeń Społecznych czy Narodowy Fundusz Zdrowia. W ramach realizacji prac analitycznych, wspólnie z Ministerstwem Zdrowia, NISP ustala konspekt i publikacji tak, by mogła ona diagnostycznie koncentrować się na obszarach szczególnego zainteresowania bieżącej polityki zdrowotnej i priorytetów Narodowego Programu Zdrowia. Struktura raportu za rok 2020 została ustalona w pierwszych miesiącach roku, jednak z uwagi na epidemię COVID-19, która rozpoczęła się w marcu, była ona stale modyfikowana, adekwatnie do diagnozowanych potrzeb i uwarunkowań. Trzeba było też przeorganizować podjęte już prace analityczne, które musiały zacząć uwzględniać oddziaływanie pandemii na sytuację zdrowotną ludności. Dzięki tym modyfikacjom można było przeprowadzić seroprewalencji przeciwciał wirusa Sars-CoV-2, jak też zrealizować telefoniczne badanie terenowe dotyczące zmian zachowań zdrowotnych ludności Polski w związku z pandemią. Dane przytaczane i omawiane w niniejszej publikacji należy analizować w kontekście prognoz społeczno-demograficznych dla Polski na nadchodzące dziesięciolecia. Nie ma wątpliwości, że w tym obszarze sytuacja w Polsce będzie niekorzystnie zmieniała się w najbliższych latach. Będziemy obserwowali szybkie starzenie się populacji oraz szereg negatywnych trendów związanych ze stylem życia społeczeństwa oraz niekorzystnymi zjawiskami w środowisku naturalnym, w tym zmianami klimatu. W efekcie możemy spodziewać się kontynuacji, a nawet zwiększenia dynamiki wzrostu chorobowości, zwłaszcza w schorzeniach układu krążenia, nowotworowych, metabolicznych, neurologicznych, psychicznych oraz rozmaitych postaci alergii, w tym również negatywnych

skutków zakażenia wirusem Sars-Cov-2. Wspomniane trendy nałożą się na coraz częściej pojawiające się epidemie i pandemie chorób zakaźnych, których dramatycznym przykładem jest COVID-19. Należy podkreślić, że w Polsce nadal występują wyraźne i budzące duże zaniepokojenie ekspertów nierówności w zdrowiu, obserwowane w wielu dziedzinach medycyny. Minister Zdrowia, świadomy tych wyzwań, podejmuje działania mające na celu usprawnienie systemu ochrony zdrowia w różnych obszarach. Finansowanie ochrony zdrowia nieustająco rośnie, przekraczając 100 mld zł rocznie, co pozwala na zrealizowanie coraz większej liczby działań na rzecz utrzymania i poprawy zdrowia. Jednocześnie należy podkreślić, że z uwagi na fakt, iż determinanty zdrowia znacznie wykraczają poza system ochrony zdrowia, mając wymiar społeczny i ekonomiczny, konieczne jest spójne działanie także w innych politykach publicznych, w tym zaangażowanie całego rządu, parlamentu i władz samorządowych.

To wszystko ogólnie, z lotu ptaka, jeśli chodzi o raport, natomiast szczegółowe informacje na ten temat przedstawi pan dyrektor Juszczyk.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, pani minister, za ten lot ptaka. Możemy sobie pozwolić na tego typu stwierdzenia. Teraz proszę o wystąpienie pana Grzegorza Juszczyka, dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, i przedstawienie informacji. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny Grzegorz Juszczyk:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, rzeczywiście, to jest trudne zadanie, żeby streścić nasz raport, przekazać najistotniejsze informacje, ale z chęcią podejmę się tego zadania. Na wstępie chciałbym zaznaczyć, że od wielu lat głównymi autorami, redaktorami tego dużego interdyscyplinarnego opracowania są: pan profesor Bogdan Wojtyniak – mój zastępca do spraw analiz systemowych w zdrowiu publicznym, oraz pan doktor Paweł Goryński. Chcę przekazać Wysokiej Komisji przeprosiny pana profesora Wojtyniaka, który niestety jest na urlopie w miejscu, z którego nie mógł połączyć się zdalnie, a na pewno chętnie przedstawiłby państwu więcej szczegółów dotyczących metodyki raportu.

Zanim przejdę do wyników, chcę jeszcze krótko uzupełnić informację pani minister, jeżeli chodzi o zakres danych analizowanych w ramach naszego raportu i to interdyscyplinarne podejście. Wykorzystujemy w zasadzie wszystkie dostępne źródła informacji, zarówno z sektora ochrony zdrowia, jak i z badań społecznych, które prowadzimy wewnętrznie, a także od kilku lat we współpracy z Instytutem Monitorowania i Oceny Stanu Zdrowia Uniwersytetu Waszyngtońskiego. To dzięki wspólnej pracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji udało się nam porównać nasze wskaźniki zdrowotne przy wykorzystaniu uniwersalnej metodyki DALY, czyli oceny utraconych lat życia w zdrowiu, dzięki której możemy analizować zarówno czynniki ryzyka, jak i problemy zdrowotne przyczyniające się nie tyko do przedwczesnego zgonu, ale także do utraty jakości życia. O tym będę mówił za moment.

O źródłach danych mówiła już pani minister. To jest zarówno Krajowy Rejestr Nowotworów, nasze badanie chorobowości szpitalnej, łącznie ze szczególnym uwzględnieniem leczenia w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, meldunki dotyczące zachorowań na choroby zakaźne, system rejestracji wywiadów epidemiologicznych, badania warunków życia ludności oraz europejskiego badania sytuacji zdrowotnej. Czekamy jeszcze na wyniki reprezentatywnego badania EHIS, które zostaną opublikowane przez GUS. Badanie to było przeprowadzane w 2019 r. Jeszcze jedna uwaga. Rok 2020 to był rzeczywiście trudny czas, kiedy zbieraliśmy i analizowaliśmy dane, przygotowywaliśmy raport, ponieważ dominowały zadania związane z zapobieganiem i zwalczaniem pandemii. Dane, które były gromadzone w roku 2020, analizujemy aktualnie i w kolejnej edycji na pewno wiele nowych rozdziałów poświęcimy zagadnieniom związanym z COVID-19.

Najważniejsze fakty i obserwacje, o których wspominał już pan przewodniczący i pani minister, to pewne niepokojące obserwacje. Zacznę od aspektów demograficzno-społecznych. Wiemy, że stoimy przed potężnymi wyzwaniami demogra-

ficznymi. Liczba ludności Polskiej niestety zmniejszała się w latach 2009–2019, dodatkowo jeszcze przyrost naturalny miał wartość ujemną w miastach, natomiast dodatnią na wsi. Nadwyżkę liczebną w populacji kobiet obserwujemy w grupach w wieku od 50 do 54 lat. W kolejnych warstwach grup wiekowych ta nadwyżka zwiększa się, co obrazuje niekorzystny trend w zakresie przedwczesnej umieralności mężczyzn. Jeżeli chodzi o liczbę urodzeń żywych w latach 2018–2019, jak już mówiłem, ona zmniejszała się w miastach, natomiast minimalnie wzrosła na wsi. Dobra informacja – ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej. Niestety, z prognoz Eurostatu i z naszych informacji wynika, że ta korzystna dla Polski różnica będzie stopniowo zanikać. W połowie obecnego wieku, około 2050 r., zarówno mediana wieku, jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będą w Polsce wyraźnie wyższe niż przeciętnie dla krajów Unii Europejskiej.

Obserwujemy spadek niekorzystnego zjawiska, jakim jest częstość urodzeń o niskiej masie urodzeniowej. W latach 2018–2019 w Polsce odsetek ten wyniósł 5,6%, w krajach Unii Europejskiej przeciętnie 6,1%. W innych wskaźnikach zdrowotnych występują także zróżnicowania regionalne. Korzystnym procesem w obserwacjach sytuacji demograficzno-społecznej jest zmniejszanie się zróżnicowania dochodów, co w ostatnich latach było przedmiotem analizy, które w Polsce jest na poziomie niższym od przeciętnego w krajach Unii Europejskiej. Zatem zmniejsza się zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Korzystnym trendem jest czynnik warunkujący zdrowie, na który system ochrony zdrowia ma bardzo ograniczony wpływ, ale sytuacja wygląda korzystnie, podobnie jak poziom bezrobocia.

Długość życia i umieralność ludności Polski. Niestety, jak już mówiła pani minister, analiza danych wskazała, że oczekiwana długość życia uległa zahamowaniu w ciągu ostatnich trzech lat. To jest zjawisko, które występowało również w innych krajach europejskich. Z podstawowych danych muszę wymienić, że oczekiwana długość życia w 2019 r. dla mężczyzn wynosiła 74,1 lat, a dla kobiet była o 7,7 lat dłuższa. W zaokrągleniu mówimy, że w Polsce kobiety żyją o 8 lat dłużej niż mężczyźni. Niestety, oczekiwana długość życia kobiet miała w ostatnich latach powolny trend spadkowy. Różnica życia mężczyzn i kobiet, wynikająca głównie z nadumieralności mężczyzn, w porównaniu z kobietami, zmniejsza się w ostatnich latach, ale musimy zwrócić uwagę na nierówności w długości życia między płciami. Długość życia polskich mężczyzn jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej. Naszym podstawowym wskaźnikiem porównawczym w raporcie jest średnia. Dla krajów unijnych różnica wynosi 4,5 roku, natomiast w przypadku kobiet jest ona znacznie mniejsza, czyli zdrowie kobiet w Polsce jest bardziej zbliżone do średniej w Unii Europejskiej. Natomiast nadal różnica wynosi blisko 2 lata i w ostatnich trzech latach nie widzimy poprawy sytuacji. Długość życia jest również silnie różnicowana przez czynniki społeczne w roku 2017 i ta tendencja niestety utrzymuje się. U mężczyzn w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym oczekiwana długość życia była dłuższa o ponad 7 lat niż dla mężczyzn w tym samym wieku z wykształceniem średnim i o 11 lat dłuższa niż dla mężczyzn z wykształceniem gimnazjalnym i niższym. Niestety, różnice powiększyły się jeszcze w stosunku do lat 2014–2016. Warto podkreślić, że w grupie kobiet różnice wynikające z poziomu wykształcenia nie są tak znaczące i wynoszą tylko kilka lat.

Zwracamy również uwagę, że w kontekście nierówności zdrowotnych najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których to mieszkańcy żyją najkrócej. Przeciętnie najdłużej żyją mieszkańcy największych miast. Wyjątkiem jest Łódź, gdzie mieszkańcy żyją nawet krócej niż mieszkańcy małych miasteczek. Trzeba także podkreślić, że zróżnicowanie długości życia związane z kategorią miejscowości zamieszkania w ostatnich latach nie ulega zmniejszeniu. Dotychczas zarysowuje się grupa priorytetowa, jeżeli chodzi o gorsze wskaźniki zdrowotne – to są mężczyźni, szczególnie z niższym wykształceniem, zamieszkujący miasta poniżej 5 tys. mieszkańców.

Umieralność niemowląt jest jeszcze wyższa od przeciętnej w Unii Europejskiej. Na każde 10 tys. urodzeń żywych w latach 2018–2019 przed ukończeniem pierwszego roku życia umierało 38 dzieci, podczas gdy w Unii Europejskiej przeciętnie 35. Umieral-

ność mieszkańców Polski w ostatnich 10 latach charakteryzuje się wyraźnym spowolnieniem, wręcz zatrzymaniem spadku współczynników zgonów w drugiej połowie tego okresu, we wszystkich grupach wiekowych, zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Z perspektywy ochrony zdrowia publicznego to jest zjawisko dość niepokojące, ponieważ dotyczy całej populacji. Największym zagrożeniem życia Polaków od lat są choroby układu sercowo-naczyniowego, które były odpowiedzialne w roku 2018 za 45% ogółu zgonów. Natężenie umieralności w ogólnej liczbie zgonów stopniowo zmniejsza się od roku 2015. Choroby te są najważniejszą przyczyną umieralności w przypadku mężczyzn w wieku 45–54 lat oraz 75 lat i starszych. Zwraca uwagę szczególnie pierwsza grupa, bo to jest jeszcze wiek produkcyjny, natomiast u kobiet dopiero powyżej 74. roku życia. Najczęstszą przyczyną zgonów w tej kategorii są choroby serca – 60% ogółu zgonów. Drugą przyczyną zgonów są nowotwory złośliwe – 24,5% w 2018 r. W ostatnich latach 2016–2018 standaryzowany względem wieku wskaźnik umieralności kobiet z powodu nowotworów nie wykazuje tendencji spadkowej, ale udział wśród ogółu przyczyn zgonów u mężczyzn i kobiet trochę się zmniejsza. Ogólnie nowotwory stanowią większy problem zdrowotny dla mężczyzn niż dla kobiet i nadwyżka umieralności z ich powodu u mężczyzn w stosunku do kobiet jest większa niż w przypadku chorób serca i naczyń, ale z drugiej strony, dla kobiet w wieku 30–74 lat są one największym zagrożeniem dla życia. W ciągu ostatnich 15 lat spadek umieralności z powodu nowotworów występuje we wszystkich województwach, ale jego przebieg jest dosyć zróżnicowany. Na pewno istotne jest poznanie różnych przebiegów zmian w umieralności w województwach w różnych kategoriach nowotworów. Największym zagrożeniem życia mężczyzn i kobiet jest rak tchawicy, oskrzela i płuca, większym niż dla ogółu mieszkańców Unii Europejskiej. Tutaj współczynniki umieralności maleją wśród mężczyzn, natomiast wśród kobiet stale zwiększają się. Trzeba podkreślić, że wśród kobiet w wieku 25–64 lata w ostatnich czterech latach jest trend spadkowy. Poziom umieralności ogółem kobiet z powodu raka piersi ma trend rosnący od 2010 r. W województwach wielkopolskim i dolnośląskim poziom umieralności był wyższy niż 5 lat wcześniej o ponad 20%, co jest obrazem nierówności w zdrowiu w kategoriach różnic geograficznych. Generalnie sytuacja w Polsce pod względem umieralności i z powodu nowotworów złośliwych jest niekorzystna w porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach Unii Europejskiej, ale w mniejszym stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia.

Od lat zwracamy uwagę na zewnętrzne przyczyny zgonów, które są dopiero piątą co do znaczenia grupą przyczyn umieralności ogółu ludności Polski, ale oddziaływanie na to zjawisko jest efektem bardzo wielu skoordynowanych polityk wykraczających poza działania sektora zdrowia. Zwracamy uwagę, że zewnętrzne przyczyny są największym zagrożeniem życia osób w wieku do 44 lat, gdzie ryzyko zgonu jest niskie, ale jeżeli dochodzi do zgonu, w 40% jest on spowodowany przyczynami zewnętrznymi. Stanowią one większe zagrożenie dla mieszkańców wsi niż miast, szczególnie dla mężczyzn. Tutaj obserwujemy długotrwały trend spadkowy, ale w ostatnich latach uległ on spowolnieniu. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów, i to jest ważna obserwacja, bo zaprzecza powszechnym opiniom, najważniejszą w ostatnich latach przyczyną są upadki, potem samobójstwa i na trzecim miejscu wypadki komunikacyjne. To jest związane ze zmianą struktury demograficznej. Zwiększający się udział osób w wieku senioralnym w populacji zwiększa także liczbę osób, które ulegają upadkom, tym samym w ostatnich latach nastąpiła zmiana struktury zewnętrznych przyczyn zgonów, czyli upadki, samobójstwa i wypadki komunikacyjne.

Mamy też problem z przedwczesną umieralnością ludności. Nasza analiza zwraca uwagę na fakt, że przy zastosowaniu metodologii europejskiej, także dla krajów OECD, oceny przedwczesnej umieralności, jako umieralności z przyczyn możliwych do uniknięcia, w tej kategorii mamy dwie grupy zgonów – takie, którym możemy zapobiegać poprzez działania z zakresu zdrowia publicznego, działań prewencyjnych, oraz takie, które możemy leczyć skutecznie we wczesnym wykryciu. Te dwie grupy składają się na umieralność możliwą do uniknięcia. W latach 2015–2018 współczynniki zahamowały, tempo spadku spowolniło. Charakterystyczne jest że 2/3 wszystkich zgonów poniżej 75. roku życia to zgony możliwe do uniknięcia. Z kolei w tej kategorii 2/3 stanowią zgony

możliwe do uniknięcia przez zapobieganie, 1/3 poprzez skuteczne leczenie. Klasycznym przykładem zgonu możliwego do uniknięcia poprzez zapobieganie jest rak płuca.

Jeśli chodzi o chorobowość hospitalizowaną, w zasadzie nie obserwuje się istotnych różnic, przynajmniej w ostatnim okresie. Zwracaliśmy uwagę, że do 2018 r. mieliśmy wyższą śmiertelność z powodu udaru mózgu niż w krajach europejskich, natomiast czekamy na informację za lata 2019–2020, kiedy prowadzone były bardzo powszechne i złożone procedury medyczne, które miały oddziaływać na to niekorzystne zjawisko.

Zachorowalność na nowotwory złośliwe. W Polsce rośnie liczba zachorowań na nowotwory złośliwe. W 2017 r. było ponad 164 tys. chorych. W zasadzie rozkład był równy w obu płciach. Wśród mężczyzn najczęstsze nowotwory to: gruczołu krokowego, płuca i jelita grubego, u kobiet – piersi, jelita grubego i płuca. Dla wszystkich trzech grup nowotworów mamy dostępne możliwości zarówno zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia, w związku z tym w Narodowej Strategii Onkologicznej wskazano sześć nowotworów jako wymagające szczególnego nadzoru. Dodatkowo dochodzi jeszcze czerniak złośliwy. Dla nowotworów jelita grubego, piersi, szyjki macicy są wdrożone populacyjne programy przesiewowe. Wiemy, że zgłaszalność na te programy nie jest jeszcze wystarczająca. Zwracamy szczególną uwagę na konieczność wprowadzenia systemowych rozwiązań w zakresie zapobiegania zjawisku palenia tytoniu, czy używania wyrobów zawierających nikotynę. To też jest wspólny cel, zarówno Narodowej Strategii Onkologicznej, jak i Narodowego Programu Zdrowia.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – monitorowaliśmy sytuację przed wystąpieniem pandemii. Wiemy, że okres półtorarocznego lockdownu mógł zmienić mocno tę sytuację. Głównymi problemami diagnozowanymi w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są niezmiennie od kilku lat zaburzenia nerwicowe związane ze stresem oraz zaburzenia nastroju, czyli depresje i choroba afektywna dwubiegunowa. W Polsce wzrasta liczba mieszkańców leczonych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej, ale obserwacje doprowadziły do podejmowania decyzji o zmianie modelu opieki psychologicznej, psychiatrycznej, z większym naciskiem na opiekę ambulatoryjną.

Jeśli chodzi o choroby zakaźne, oczywiście w ostatnim czasie dominował COVID-19, więc zmniejszyła się nawet liczba zakażeń wirusem grypy, natomiast obserwujemy wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV, szczególnie w grupie mężczyzn, którzy maja kontakty seksualne z mężczyznami, a także kiły czy rzeżączki. Zatem jest nawrót chorób przenoszonych drogą płciową, natomiast poprawia się wykrywalność zakażeń wirusami hepatotropowymi, HCV. Szczególnie szerszy dostęp do diagnostyki i leczenia bardzo poprawia sytuację epidemiologiczną. Zwracamy także uwagę na narastający problem unikania czy niezgłaszania się do obowiązkowych szczepień przez rodziców. W 2019 r. już 50 tys. osób zrezygnowało z wykonania szczepienia obowiązkowego. Mamy nadzieję, że obecna sytuacja z powszechną zgłaszalnością na szczepienia przeciw COVID-19 i obserwacją epidemiologiczną, z której wynika, że osoby te zdecydowanie rzadziej ulegają zarażeniu i ciężkiemu przebiegowi, może poprawić zaufanie i zmniejszyć liczbę sceptyków, którzy kwestionują zarówno zasadność, jak i skuteczność najistotniejszych procedur w perspektywie zabezpieczenia zdrowia publicznego, jakim są szczepienia ochronne. Pierwsze obserwacje z przebiegu epidemii w pierwszym półroczu 2020 r. zawarliśmy w raporcie. Dane epidemiologiczne wskazują, że na wiosnę udało się zahamować epidemię poprzez restrykcję w kontaktach społecznych, dużą mobilizację społeczną. Epidemia COVID-19 charakteryzowała się w tzw. pierwszej fali zakażeniami głównie w miejscach pracy, służbie zdrowia, ośrodkach opieki długoterminowej. Natomiast w okresie letnim zaczęły odgrywać role zakażenia w wyniku spotkań towarzyskich, również w kontekście wyjazdów wakacyjnych. Analizowane są dane dla drugiej i trzeciej fali. W ramach prac raportowych przeprowadziliśmy badania obecności przeciwciał anty-Sars-CoV-2 wśród pensjonariuszy i pracowników domów pomocy społecznej. Okazało się, że we wrześniu, czyli po stosunkowo niskiej pierwszej fali, obserwowaliśmy bardzo niski poziom obecności przeciwciał poniżej 1%, co mogło świadczyć o potencjalnym ryzyku ponownego zachorowania, a także o zasadności szczepienia w pierwszej kolejności grupy pracowników ochrony zdrowia oraz domów pomocy społecznej, a także pensjonariuszy po pojawieniu się szczepionek ochronnych.

Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia. Jak mówiłem, trend wyhamował i także obserwujemy stabilną, ale ciągle niepokojącą sytuację, jeżeli chodzi o utonięcia – wskaźnik 1,7 osoby na 100 tys. ludności. Zwracamy również uwagę we wspólnej analizie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych na absencję chorobową. Widzimy, że dominującym powodem, przyczyną zwolnień lekarskich u mężczyzn są choroby układu ruchu kostno-mięśniowego, zaburzenia korzeni nerwowych i splotów nerwowych czy bóle grzbietu oraz infekcje dróg oddechowych. Nawet po wyłączeniu najczęstszej przyczyny zwolnienia lekarskiego, jakim jest opieka w okresie ciąży, także zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych oraz bóle dolnego odcinka kręgosłupa są poważnym zagrożeniem. Co ciekawe, udało się nam przeanalizować dane dotyczące absencji chorobowej powiązanej z COVID-19. Tylko od marca do czerwca 2020 r. ZUS zarejestrował ponad 19 tys. zaświadczeń lekarskich z tytułu COVID-19, czyli druków ZLA, 242 tys. dni absencji chorobowych, natomiast znacznie więcej zaświadczeń lekarskich związanych z kwarantanną – 46 tys. i 553 dni absencji chorobowej. Widzimy, że absencja stanowi duże wyzwanie finansowe. Łącznie wydano na ten cel 20 mld zł w 2019 r., w tym 12,2 mld sfinansował Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, a resztę pracodawcy.

W ramach monitoringu badaliśmy również sposób żywienia Polaków. Tutaj wykorzystywane dane pochodziły z badań budżetów gospodarstw domowych. W latach 2010–2018 zaobserwowano znaczące zmiany dotyczące sposobu żywienia Polaków. Spadło spożycie większości produktów żywnościowych – zbożowych, ziemniaków, warzyw, mięsa i przetworów, tłuszczów, mleka, napojów mlecznych, jaj i cukru, co wpłynęło na zmniejszenie wartości energetycznej diety i zawartości w niej ważnych składników prewencyjnych, takich jak błonnik i witamina C.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Panie dyrektorze, czy może pan skracać, bo mamy bardzo mało czasu i chciałbym, abyśmy jeszcze porozmawiali?

Dyrektor NIZP-PZH Grzegorz Juszczyk:

Dobrze. Jeszcze krótka informacja na temat wyników badań dla międzynarodowego podejścia przy wykorzystaniu DALY. Głównymi problemami zdrowotnymi w Polsce, jeżeli chodzi o utratę lat życia w zdrowiu, są rak płuc, bóle dolnej części pleców i udar mózgu. Natomiast, jeśli chodzi o czynniki ryzyka – palenie tytoniu, wysoki poziom wskaźnika masy ciała, czyli nadwaga i otyłość oraz wysokie ciśnienie tętnicze. W przypadku analizy kosztów ponoszonych na refundację leków także zaobserwowano niekorzystne zjawisko polipragmazji – bardzo dużej liczby leków przyjmowanych jednocześnie, zwłaszcza przez osoby starsze. Ryzyko niebezpiecznych połączeń leków zaobserwowano u ponad 1,5 mln osób. Średnia liczba opakowań leków refundowanych na obywatela w ciągu roku to 10,5 opakowania. Tutaj też występują różnice regionalne od 12 do 9. Mówię tylko o lekach na receptę, refundowanych.

Jeżeli chodzi o sam system, głównym problemem, na który zwracamy uwagę, są kadry i wiek, problem z zastępowalnością pokoleń. Prawie 45% lekarzy i 1/3 pielęgniarek znajduje się w grupie wiekowej 55 lat i więcej. Udział osób poniżej 35. roku życia pewnie nie pozwoli na zastępowalność pokoleń. Wzrost wydatków na ochronę zdrowia jest niezaprzeczalny.

Myślę, że jeśli chodzi o podstawowe obserwacje z naszego raportu, wyczerpałem temat i jestem gotowy udzielić dodatkowych informacji.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję, panie dyrektorze. Rzeczywiście, raport zawiera doskonałe informacje, które powinny być wykorzystywane do pracy analitycznej i służyć wszystkim resortom do wspólnego zastanowienia się co do przyszłości, jakości życia i zdrowia. Tymczasem mamy dziesiątki różnego rodzaju problemów profilaktycznych, promocyjnych, ale koordynacja między nimi nie do końca jest zadawalająca dla nas wszystkich. Chcemy, aby ten raport służył do kreowania polityki zdrowotnej. Raport powinien być analizowany przez resort zdrowia, ale także edukacji i inne resorty. Jednak tak się nie dzieje.

Przepraszam bardzo, ale mamy naprawdę mało czasu, a chciałbym rozpocząć dyskusję. Kto z państwa chce zabrać głos? Proszę bardzo. Proszę się przedstawić.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Nie ukrywam, że mam kilka pytań, zarówno do pana dyrektora, jak i do pani minister. Do pana dyrektora – notowałam sobie w kolejności tematy, które mnie szczególnie zainspirowały. Czy dostępne źródła danych są wystarczające z perspektywy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego? Czy instytut sugerowałby zmiany w zakresie wymiany danych pomiędzy instytucjami? Mam również pytanie do pani minister – czy pani może powiedzieć, czy są prowadzone działania, zmiany w politykach zdrowotnych związane z nierównościami w zdrowiu? Czy one są wdrażane? Jakie kryteria są brane pod uwagę w politykach dotyczących wyrównywania ogromnych nierówności? Jakie są cele Ministerstwa Zdrowia odnoszące się do zdrowia publicznego? Jeszcze raz powtórzę, szczególnie istotna jest ocena Ministerstwa Zdrowia bieżących interwencji dotyczących redukowania nierówności w zdrowiu. Polska coraz bardziej boryka się z tymi nierównościami i w odczuciu organizacji pacjentów one pogłębiają się. Kolejne pytanie do Ministerstwa Zdrowia dotyczy rosnącej umieralności na raka piersi. My też to odnotowujemy. W jaki sposób ministerstwo chce zatrzymać ten tragiczny trend? W tej chwili mamy wstrząsające sytuacje. Ostatnie pytanie do pana dyrektora Juszczyka – chodzi o zachorowalność na raka i jego wykrywalność – czy są jakieś dane, które wskazywałyby, ile nowotworów jest wykrywanych za pomocą badań przesiewowych? Jaki procent tych nowotworów jest wykrywany dzięki przesiewom, a jaki procent nowotworów pacjenci sami zgłaszają do lekarza, bo coś się dzieje? Ewentualnie, ich stan zdrowia jest tak fatalny, że nie mają już wyjścia. Krótko mówiąc, chodzi mi o wykrywalność nowotworów za pomocą badań przesiewowych. Czy w ogóle są dostępne takie dane? Czy można je gdzieś znaleźć? Dziękuję.

Przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. Z punktu widzenia organizacji pracodawców, opracowania przygotowywane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego mają znaczenie fundamentalne. Spokojnym głosem mówimy o zjawiskach w zdrowiu publicznym, które są sygnałami małej katastrofy, czyli wyhamowanie wzrostu średniej długości, duże nierówności między kobietami a mężczyznami. To wszystko powoduje, że na końcu mamy bardzo duży kłopot i to za chwilę będzie twarde ograniczenie rozwojowe dla naszego kraju, jeżeli chodzi o podaż pracy. Między innymi z powodu, jak wygląda zdrowie publiczne, mamy w Polsce kłopot z akceptacją zmian dotyczących systemu emerytalnego czy dłuższego przebywania na rynku pracy. Z punktu widzenia organizacji pracodawców, chcę zwrócić uwagę, że to jest absolutnie niesektorowe wyzwanie. Zanim przejdę do pytań, chcę zwrócić uwagę na jedną sprawę. Kilkukrotnie na posiedzeniach Komisji rozmawialiśmy o finansach. Chcę zwrócić państwa uwagę, że przyjęliśmy za dobrą monetę to, że wydatki na zdrowie rosną. W ostatnim czasie na posiedzeniu zespołu trójstronnego miałem przyjemność prezentować niekontestowane przez stronę rządową dane. W odniesieniu do PKB dzisiejsze nakłady całego sektora finansów publicznych są niższe niż w 2010 r. i wynoszą 4,9% PKB. Przyspieszenie uznajmy za magię liczb i magię wartości nominalnych.

Mam dwa pytania. Po pierwsze, w Krajowym Planie Odbudowy pojawia się zadanie budowy centrum analitycznego. Jeżeli się nie mylę, ta instytucja ma powstać przy Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego. Czy możemy dowiedzieć się trochę więcej o tym projekcie? Na jakim jest etapie, czy będzie wymagał zmian ustawowych? Mówiąc wprost – co to ma być? Druga sprawa, która wzbudziła w ostatnich dniach moje zdumienie. Na podstawie ustawy o zdrowiu publicznym został powołany Komitety Sterujący Narodowego Programu Zdrowia. Według doniesień medialnych on nie spotkał się ani razu w 2020 r., a jednocześnie 5 lipca powołano zespół do spraw koordynacji działań profilaktycznych. Chciałbym dowiedzieć się, co takiego może zrobić ten zespół, czego nie może zrobić Komitet Sterujący albo Ministerstwo Zdrowia, jako instytucja? Jakie zadania, wykraczające poza działania Komitetu Sterującego, działania Departamentu Zdrowia Publicznego czy kierownictwa ministerstwa, będzie pełnił ten zespół?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję. Bardzo proszę panią minister i pana dyrektora o odpowiedzi.

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Rzeczywiście, raport stanowi główną cegłę w budowaniu polityki zdrowotnej w Polsce. To są fundamentalne dane, które służą nam do analizowania sytuacji zdrowotnej osób i na tej podstawie możemy podejmować dalsze decyzje. Odnośnie do celów Ministerstwa Zdrowia dotyczących zdrowia publicznego, przede wszystkim chcemy zadbać o profilaktykę. Teraz uruchomiliśmy program badań dla osób powyżej 40. roku życia. Bardzo duży nacisk kładziemy na rehabilitację osób pocovidowych, ponieważ te zakażenia spowodowały duże zmiany w stanie zdrowia osób, które uległy zakażeniu. Musimy zadbać o ich stan zdrowia na przyszłość. Tworzymy miejsca, gdzie mogą odbyć rehabilitację. Bardzo mocno zależy nam na zapobieganiu chorobom. Będziemy stawiali na zdrowy styl życia. Mamy kilka projektów, które będziemy chcieli wdrażać w tym zakresie. Musimy też mocno edukować społeczeństwo, żeby nabywało nawyki. Wiadomo, że to nie jest proces krótki i łatwy, natomiast widzimy też, że trendy w jakiś sposób poprawiają się i coraz więcej osób biega na ulicach. Zatem chcielibyśmy, oprócz leczenia i poprawy dostępności do leczenia, co oczywiście jest również priorytetem ministerstwa, stawiać bardzo mocny nacisk na prewencję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Bardzo proszę, bo były konkretne pytania, czy może pani na nie odpowiedzieć? Wiem, jakie są trendy i kierunki myślenia ministerstwa, bo wszyscy o tym mówimy od kilkunastu lat, ale padły pytania i prosimy o odpowiedź na te kilka pytań. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Oczywiście, ale było pytanie o cele ministerstwa. Jeśli chodzi o rosnącą umieralność na raka piersi, w Narodowej Strategii Onkologicznej są działania, które mają temu przeciwdziałać. Zamierzamy kupować sprzęt do profesjonalnych badań kobiet oraz będą odbywały się szkolenia kadry medycznej z wczesnego wykrywania raka piersi.

Prezes zarządu OFO Dorota Korycińska:

Przepraszam, ale może nie do końca zostało zrozumiane moje pytanie. Nie pytałam o edukację lekarzy, tylko jakie działania planuje wykonać Ministerstwo Zdrowia, żeby zmniejszyć rosnący trend zgonów na raka piersi?

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Ważne jest, żeby na wczesnym etapie wykrywać raka. Po pierwsze, profilaktyka. Badania 40+ też mają spowodować, że na wczesnym etapie będziemy mogli…

Prezes zarządu OFO Dorota Korycińska:

Przepraszam, ale program profilaktyki 40+ w ogóle nie ujmuje nowotworów kobiecych. Tam nie ma ani cytologii ani badań raka piersi, nie ma nawet mammografii.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Może pani minister odpowie na piśmie?

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Dobrze, odpowiemy na piśmie. Oprócz tego są kampanie informacyjne, które zachęcają kobiety do zgłaszania się do lekarza. Podstawowe badania mogą wykryć, że jest jakiś stan chorobowy i można dalej diagnozować. Nie zgadzam się, że program 40+ w ogóle nie będzie miał znaczenia w tym zakresie.

Na pozostałe pytania może odpowie pan dyrektor.

Dyrektor NIZP-PZH Grzegorz Juszczyk:

Dziękuję. Jeśli chodzi o źródła danych, to rozdział poświęcony sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w naszym raporcie redaguje Narodowy Instytut Onkologii, Państwowy Instytut Badawczy, korzystamy też z Krajowego Rejestru Nowotworów. Zgadzam się, że dane tam zawarte nie reprezentują niestety wysokiej aktualności. Nowe rozwiązanie, czyli elektroniczny rejestr, ma przyspieszyć gromadzenie danych. Także wydaje się nam, że dzięki temu rozwojowi i połączeniu danych Krajowego Rejestru Zdrowia z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia, będzie możliwe zróżnicowanie przebiegu ciężkości choroby, stadium wykrycia na podstawie dwóch parametrów wyjściowych, o których

pani mówiła – zgłoszenie pacjentów z objawami lub w wyniku badań przesiewowych. Zanotowałem to sobie i zwrócimy na to uwagę w rozmowach z Narodowym Instytutem Onkologii.

Druga kwestia to Centrum Badawczo-Analityczne. W Krajowym Planie Odbudowy umieszczony jest element w komponencie Zdrowie. To jest inwestycja, która ma na celu stworzenie kompleksowej infrastruktury związanej z monitorowaniem sytuacji epidemiologicznej, także w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. Zatem to będzie nowe centrum w ramach struktury Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, od 10 lipca pod nazwą Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy, przeznaczone do realizacji zadań prowadzenia ośrodków referencyjnych, także szkoleń, czego bardzo potrzebujemy po doświadczeniach z pandemią COVID-19, dla Inspekcji Sanitarnej, dla diagnostów laboratoryjnych, w celu szybkiego wdrażania diagnostyki nowopowstających czynników chorobotwórczych. Zatem główna działalność badawczo-analityczna, laboratoryjna w nowej strukturze przewidzianej do zrealizowania w ciągu najbliższych pięciu lat.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję. Proszę państwa, musimy naprawdę kończyć, bo koledzy poszli już na salę sejmową. Mam prośbę, jeśli są kolejne pytania, proszę je złożyć na piśmie, za pośrednictwem mnie, jako przewodniczącego, albo w pytaniach poselskich. Bardzo chętnie zgłoszę się do państwa. Temat jest super fajny, ale ograniczenia wynikające z obowiązków na sali sejmowej wymagają tego, że niestety musimy zakończyć. Zatem dziękuję i stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Bardzo proszę o przesłanie pytań. Dziękuję bardzo.